

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 18/11 Tilbud fra Molde kommune og GassROR IKS vedr. finansiering av nytt sykehus i Molde

Saken behandles i: Styret for Helse Midt-Norge RHF	Møtedato 21.01.11	Møtesaksnummer 18/11
Saksbeh: Rigmor Mollan		
Arkivkode:		
Saksmappe: 11/11		

Forslag til vedtak:

1. For å kunne realisere nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er det nødvendig å se investeringen i forhold til Helse Midt-Norges økonomiske bærekraft og langtidsplan. Tilbudet fra Molde kommune og GassROR IKS vurderes ikke å være realiserbart innenfor eksisterende drifts- og investeringsrammer.
2. Låneopptak til investeringsformål må foretas innenfor de prosedyrer og regler som er gitt av departementet i "Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene". Foreliggende forslag er ikke i tråd med Helse Midt-Norges gjeldende vedtekter og instruks for låneopptak.

.

Stjørdal, 20.01.11

Gunnar Bovim
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:

Finansieringsutfordring knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal

VEDLEGG:

1. Brev fra Molde kommune v. ordføreren, datert 12. januar 2011:
"Nye Molde sjukehus - finansiering av helseforetakets egenandel"
2. Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene.

UTRYKTE VEDLEGG:

- Sak 72/09 – Regional strategiplan for forskning og utvikling i HMN 2009-2014
- Sak 39/10 – Langtidsplan- og budsjett 2011-2016 – Prinsipper og forutsetninger
 - Vedlegg nr 3 – Strategi for vedlikehold og investering i MTU og IKT
- Sak 61/10 – Langtidsplan- og budsjett 2011-2016
- Sak 91/10 – Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
- Sak 05/11 – Investeringsbudsjett 2011

Innledning

Helse Midt-Norge RHF mottok den 12. januar 2011 brev fra Molde kommune ved ordfører Jan Petter Hammerø. Det framgår at GassROR IKS og Molde kommune har gått sammen for å bidra til at det kan frigjøres "likvid kapital i helseforetaket til å innfri egenfinansieringskravet på 1.3 mrd kr" for bygging av nytt sykehus i Molde.

Skissen til finansiering bygger på to hovedelementer:

1. Kjøp av helseforetakets bygninger og eiendommer på Lundavang og Hjelset for 250 mill kr.
2. Rentefri likviditetsforskuttering fra GassROR IKS, tilsvarende 250 mill kr.

I tillegg pekes det på behovet for rehabilitering av Lundavang og Hjelset og at det ut over dette vil være behov for omdisponering av midler innenfor rammen av Helse Midt-Norges langtidsbudsjett.

Saken drøfter ufordringer knyttet til finansiering av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal sett i lys av vedtatt langtidsbudsjett, overnevnte henvendelse og øvrige finansielle forhold. Administrasjonen har hatt kort tid til saksbehandling og drøfting av finansielle utfordringer. Det er derfor nødvendig å ta en del forbehold i saken.

Langtidsbudsjett 2011-2016

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 39/10 prinsipper som ble lagt til grunn for utarbeidelsen av langtidsplan og budsjett for perioden 2011-2016. Sentrale føringer var prinsipp om drift i balanse herunder at det skal legges til grunn at alle foretak skal ha en grunnleggende drift som sikrer at nivå på medisinteknisk utstyr (MTU), investeringer i IKT og bygningsmasse blir ivarettatt.

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i *Langtidsplan og budsjett 2011-2016 (sak 61/10)* at investering i medisinteknisk utstyr og IKT samt vedlikehold på sikt skal heves til et nivå som minst opprettholder dages nivå. Vedtatt langtidsbudsjett viser tilgjengelig handlingsrom for vedtatte investeringer og hvilket nivå effektivisering og kostnadsreduksjon må ligge på for å sikre grunnlaget for fornuftig drift og et godt spesialisthelsetilbud for befolkningen.

I langtidsbudsjett 2011-2016 er det lagt til grunn at regionen skal redusere kostnadsnivået med 1 mrd kr (2 % effektivisering første år, deretter 1 % per år). Dette for å skaffe tilveie egenfinansiering, slutføre igangsatte byggeprosjekter (barneavdeling, psykiatrisk bygg Namsos, nye St Olavs Hospital), prioritere rusbehandling, vedlikehold og FOU - samt skaffe handlingsrom for egenfinansiering til nytt sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal.

Status pr november 2010

Helse Midt-Norge har pr november en prognose på kr 160 millioner foran vedtatt resultatkrav på 269 mill kr. Positivt resultat på renter utgjør pr november 80 mill kr, mens lønn og innleie ligger samlet 125 mill kr ut over budsjett. Aktiviteten ligger om lag på budsjett, mens varekostnader ligger 25 mill kr over budsjett. Dette tilsier at underliggende drift ikke går i balanse selv om regionen går med samlet overskudd. Helse Midt-Norge RHF starter dermed 2011 med forverret utgangspunkt for å klare den 2 % kostnadsreduksjon som langtidsbudsjettet forutsetter.

Budsjett 2011 er meget krevende i følge helseforetakene, og det er to underliggende foretak som melder at de per i dag ikke har identifisert tilstrekkelig med tiltak for 2011.

Kravet til faktisk kostnadsreduksjon i 2011 i forhold til det som lå til grunn i LTB er med bakgrunn i dette økt tilsvarende. Endret inngangsfart i 2011 vil også påvirke senere år. Dette må vi komme tilbake til i arbeidet med LTB 2012 – 2017. Pr i dag er derfor foretaksgruppens driftsøkonomi ikke slik den ble forutsatt i langtidsperspektivet.

Tar vi utgangspunkt i budsjettoverskridelse på lønn og innleie pr november, utgjør dette om lag ett prosentpoeng i tillegg til budsjettets forutsetning om kostnadsreduksjoner på 2 % i 2011.

1. Status investeringer LTB 2011-2016

Investeringsbudsjett 2011 har et avvik fra langtidsbudsjettet på om lag 200 mill kr. En vesentlig andel av dette skyldes forsinkelser og utbetalinger vil komme i 2011. I tillegg ligger det inne 50 mnok til Helse Nordmøre og Romsdal knyttet til tiltak ved sykehuset i Molde og bruk av overskudd forrige år på 34 mill kr til egne investeringer i helseforetakene. Investeringsbudsjett 2011 ble vedtatt 13.1.2011, jf sak 05/11 *Helse Midt-Norge – Investeringsbudsjett 2011*.

Helse Midt-Norge har i de senere år prioritert store byggeprosjekter i vedtatte investeringsplaner og langtidsbudsjett. Som et resultat av dette er nye St. Olavs Hospital langt på vei ferdigstilt og nytt universitetssykehus ble offisielt åpnet 12. juni 2010. Ny Barneavdeling i Ålesund ferdigstilles i januar/februar 2011. Prioritering av slike store byggeprosjekter innenfor en begrenset investeringsramme har medført lavere prioritering av gjenanskaffelse av medisinteknisk utstyr, samt utvikling og vedlikehold av infrastruktur og applikasjoner innen IKT. Tilsvarende gjelder for vedlikehold av bygninger hvor det over lang tid har blitt generert et betydelig etterslep.

Regionen skal ha en bærekraftig grunnleggende drift som sikrer at verdibevarende vedlikehold og et fornuftig nivå på medisinteknisk utstyr, investeringer i IKT og standard på bygninger. I LTB ble det lagt opp til at vi først fra 2015/2016 er på dette nivået når det gjelder MTU og IKT. For vedlikeholdsetterslepet knyttet til bygningsmassen er det lagt opp til at regionen først starter opptapping etter LTB-perioden (2017).

IKT

Som grunnlag for LTB ble det gjort sammenligninger av IKT-investeringer mellom regionene. Det fremgikk av LTB også at investering ut fra størrelse var vesentlig lavere i Helse Midt-Norge RHF enn i andre regioner, og at reinvesteringen i IKT var lavere enn de årlige avskrivninger. Etter opptappingen for Helse Midt-Norge RHF som ble vedtatt i juni 2010 ligger følgende investeringsplaner til grunn i regionene:

Tabell 1: IKT budsjett RHF

IKT budsjett (mill kr)	2010	2011	2012
Helse Sør-Øst	625	600	600
Helse Vest	240	170	170
Helse Nord	108	168	129
Helse Midt	82	160	200

* Andre regioner er i tabellen ikke oppdatert med evt endringer i sine budsjetter.

Helse Midt-Norge har i LTB og investeringsbudsjett 2011 et høyere IKT investeringsnivå enn det som lå til grunn i tabellen fra vedlegg 3 i sak 39/10 Langtidsplan og budsjett 2011-2016 – Prinsipper og forutsetninger, med sikte på å nå et nivå som ligger nærmere Helse Vest og Helse Sør-Øst (korrigert for aktivitetsnivå/innbyggertall). Dette er begrunnet med følgende:

- Det foreligger et etterslep med hensyn til tidligere investeringsnivå, som har ført til at sentrale deler av infrastrukturen har høy alder. I 2009 og 2010 har dette medført noen avbrudd og treghet med betydning for pasientbehandling. Uten reinvesteringer vil en de kommende år få et forsterket problem. Reelt re-investeringsbehov er vurdert som høyere enn det som beregnes ut fra etterslep.
- Omstillingstiltak i HF forutsetter IKT-investeringer.
- Pålegg i oppdragsdokument og protokoll fra foretaksmøter om medvirkning i nasjonal utvikling av felles systemer som kreves for gjennomføring av Samhandlingsreformen.

Dette gjelder oppgjørsordninger, elektronisk sykmelding, pasienttransport, e-resept, meldingsløft og program for stab- og støttefunksjoner. For stab- og støttefunksjoner gjelder spesielt at dagens økonomisystem ikke tilfredsstiller lovkrav. Helse Midt-Norge har her også tatt på seg en nasjonal oppgave med høy gjennomførings- og omdømmerisiko jf gjentatte styrebehandlinger av Nasjonalt Prosjekt og Stab og Støttefunksjoner (NPSS).

- Flere av anbefalingene i Strategi 2020 krever IKT-støtte.

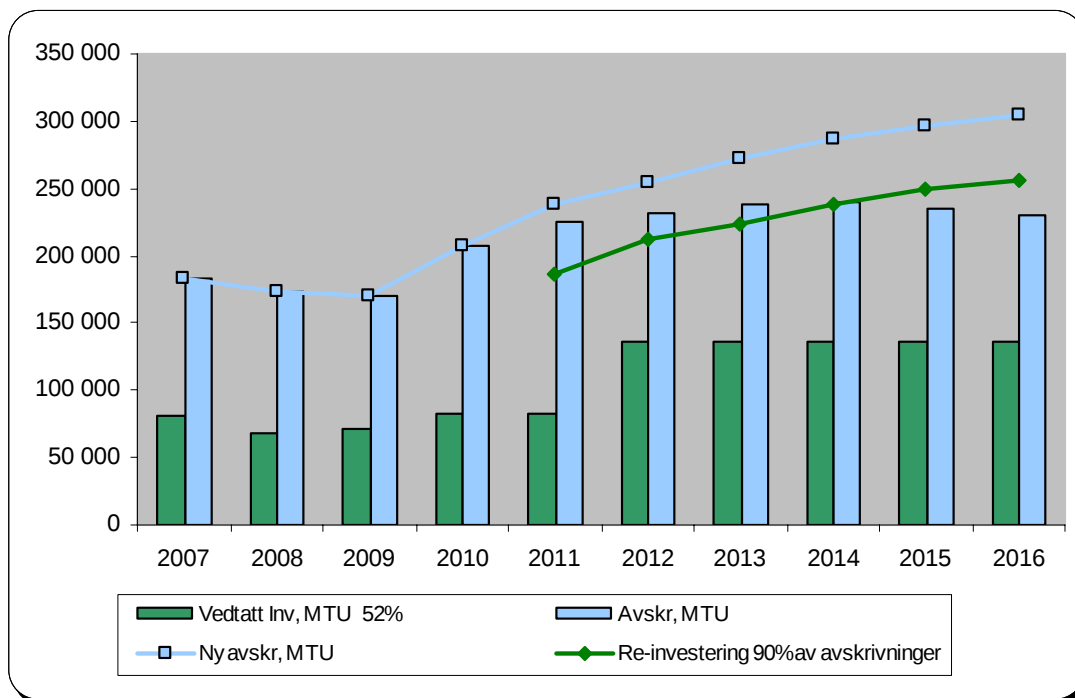
Oppdatering av regional handlingsplan for strategisk bruk av IKT er startet, og ferdigstilles andre halvår 2011.

Medisinskteknisk utstyr (MTU)

I LTB ble det konkludert med at gjennomsnittsalderen på MTU er 7,8 år pr 31.12.08, og at årlig reinvestering gjennomgående har vært vesentlig lavere enn årlige avskrivninger. Her må det presiseres at Nye St Olavs Hospital innebærer en vesentlig oppgradering av utstyrsparken i regionens største sykehus. Fra 2011 gjenstår det ikke vesentlige utstyrsanskaffelser i utbyggingsprosjektet, og fremtidige gjenanskaffelser av dette utstyret må nå inngå i ordinære investeringsplaner. Konsekvensen av for lavt investeringsnivå på re- og nyinvesteringer er mulighet for reduksjoner i tjenestetilbudet, dårligere kvalitet på behandling og fare for personskade. Foretaksgruppens evne til å fjerne fristbrudd og redusere ventetider er avhengig av velfungerende IKT og MTU.

Forholdet mellom utstyrsavskrivninger og gjenanskaffelser basert på regnskapstall (til 2009) og budsjett (fra 2010, og før opptrappingen i LTB juni 2010) viser at investeringsetterstelepet er betydelig og økende med mindre opptrappingen av utstyrsinvesteringer gjennomføres:

Figur 1: Forholdet mellom utstyrsanskaffelser og gjenanskaffelser MTU



Figuren viser vedtatt plan for investeringer og avskrivningsnivå for MTU før behandling av LTB 2011-2016 (stolper). Linjene i figuren viser re-investeringsnivå lagt til grunn for gjeldende langtidsbudsjett og medfølgende avskrivningsnivå. Da avskrivningstid for MTU er

om lag 10 år, vil en økning i investeringsnivå i en periode medføre at tilgang øker mer enn avgang.

I LTB er det lagt til grunn et nivå på investering i MTU som på sikt vil gjøre regionen i stand til å opprettholde dagens nivå. Dette vil gjøre det mulig å opprettholde samme type utstyr, men ha begrensninger i forhold til å utvide tilbud eller heve kvaliteten på behandlingstilbud gjennom nyere teknologi.

- HMN har budsjettet med en lavere investeringsprofil enn avskrivningsnivået og har hatt 75 % reinvesteringsnivå som minimum for MTU frem til LTB 2011-2016.
- Faktisk investeringsnivå har vært lavere og det er beregnet at etterslep pr 2008 var høyere enn 200 mill kr.
- Konsekvensen av for lavt nivå på re- og nyinvesteringer er mulighet for reduksjoner i tjenestetilbudet, lengre ventetider, dårligere kvalitet på behandling mv.
- Nyinvesteringer og større prosjekter ligger ikke inne i grunnlaget og må finansieres særskilt jf beskrivelse i LTB sak 61/10.

Forskning og utvikling (FoU)

Opptappingen av FoU er et prioritert område i LTB som kan revurderes. I Statsbudsjettet for 2011 fremgår imidlertid at Helse Midt-Norge RHF's relative andel av forskningsinnsats er synkende fra 2005-2008 og lavere enn de 14 % som burde ligge til grunn ut fra gjeldene fordelingsnøkkel basert på ressursbehovsindeks og befolkningsandel. Fra foretakene rapporteres forskningsmuligheter som en viktig faktor for å rekruttere og beholde gode fagmiljø.

Tabell 2: Andel forskningsinnsats

År	Helse Nord	Helse Midt	Helse Vest	Helse Sør-Øst	Sum
2005	10,9	10,4	15,7	63	100
2006	8,4	8,5	16	67	99,9
2007	7,2	9,7	14,1	69	100
2008	7,3	7,6	14,1	71,1	100,1
Totalt	33,8	36,2	59,9	270,1	400

Tabellen er satt opp på et tidspunkt hvor tall etter 2008 ikke var tilgjengelige.

Øvrige områder

I LTB fremgår for øvrig at det innenfor investeringsrammen frem til 2017 ikke er rom for nye større investeringer og satsingsområder som

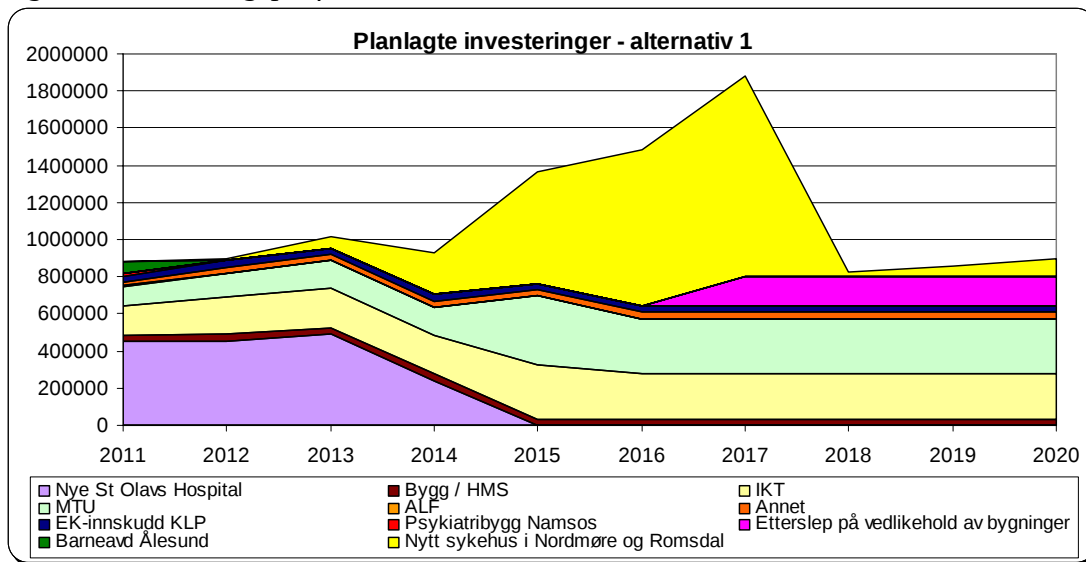
- PET scan
- Investeringer knyttet til eventuelle endret drift av prehospitale tjenester
- Nytt pasientadministrativt system
- Bygningsmessig etterslep
- Opptappingsplanen for Rusbehandling

2. Likviditetsutfordring ved bygging av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal

2.1 Status ved eventuell byggestart av Nytt Sykehus i 2014

Ved en eventuell byggestart av Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal i 2014 vil investeringen forskyves med 1(2) år fra tidligere planer. Dette gir følgende investeringsprofil:

Figur 2: Investeringsprofil



Likviditetsutfordring i forhold til LTB pr år blir:

Tabell 3: Likviditetsutfordring LTB 2011-2016

Byggestart 2014	2 012	2013	2014	2015	2016	2017	Totalt
Manglende likviditet jf LTB	(12 911)	(70 572)	(74 106)	(231 670)	(138 940)	(325 859)	(854 058)

Det er ikke hensyntatt eventuelle merkostnader for prosjekteringen eller noe økt behov for midlertidige tiltak som følge av ytterligere ett års utsettelse.

2.2 Tilbud fra GassROR IKS og Molde Kommune

I brev av 12.01.11. har Molde kommune foreslått å kjøpe eiendommene tilknyttet Lundavang og Hjelset for 250 mill kr. Dette er basert på en takst fra 2008 og kommunen antar at verdien på disse vil være 250 mill kr i 2013. Overdragelse og oppgjør vil eventuelt skje fra det tidspunkt arbeidene med bygging av nye Molde sjukehus starter.

GassROR IKS vil tilby et rentefritt lån i "byggeperioden" på 250 mill kr. GassROR IKS har forutsatt at avdragstid og renteforutsetninger skal fastsettes i nærmere drøftinger med Helse Midt-Norge, men det er nærliggende å anta at første avdragsår blir 2018.

Midlertidige tiltak til Molde i 2011 på 50 mill kr ble vedtatt i sak 05/11 – Investeringsbudsjett 2011, men er tatt ut i beregningen nedenfor da det ikke vil være behov for tiltak under forutsetning om byggestart i 2014.

Tabell 4: Likviditetsutfordring

Likviditetsutfordring	Endring
Tall i tusen	
Likviditetsutfordring - byggestart i 2014	854
Lån fra GassROR	-250
Kjøp av eiendom (Molde kommune) - ut over budsjett	-116
Midlertidige tiltak til Molde i 2011 - tas ut	-50
Behov for omstilling/omprioritering	438

Vedtekter for Helse Midt-Norge RHF - § 12 Låneopptak begrenses regionens låneramme oppad. Låneopptak til investeringsformål må foretas innenfor de prosedyrer og regler som er gitt av departementet i "Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene", som sier at lån til de regionale helseforetakene til investeringer bevilges av Stortinget. Låneopptak begrenses i tillegg av regionens økonomiske bæreevne. Med bakgrunn i dette har helseregionene bare anledning til låneopptak i Norges Bank (HOD).

2.3 Vedtatte opptrappingsplaner

Opptrapping av MTU, IKT, ordinært vedlikehold og Rus ble vedtatt i sak 61/10 – Langtidsbudsjett 2011 – 2016. Vi gjør oppmerksom på at økte IKT kostnader ikke bare er knyttet til nye investeringer, og at planlagte investeringer innenfor IKT må ses i sammenheng med evnen til å ta ut kostnadsreduksjoner i form at effektivisering.

Opptrapping av forskning ble vedtatt i sak 72/09 Regional strategiplan for forskning og utvikling i HMN 25.06.09, der det vedtas en opptrapping på 200 mill kr innen 2014.

Tabell 5: Opptrappingsplaner

Opptrappinger LTB	Budsjett 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Akkumulert endring
IKT investeringer	93 000	160 000	200 000	210 000	210 000	290 000	240 000	147 000
MTU investeringer	86 000	103 344	130 675	152 006	151 338	372 669	300 000	214 000
Økte IKT kostnader	374 000	410 275	440 138	461 138	483 888	505 763	526 000	152 000
Ordinært vedlikehold	100 000	105 000	110 000	105 000	95 000	165 000	150 000	50 000
Opptrapping Rus	28 000	43 000	58 000	68 000	73 000	73 000	73 000	45 000
Forskning	197 668	245 016	296 436	346 856	397 176	397 376	397 376	199 708
Totalt	878 668	1 066 635	1 235 249	1 343 000	1 410 401	1 803 807	1 686 376	807 708
Total økning pr år		187 967	168 614	107 751	67 401	393 406	-117 432	807 708

Det er iht tabellen over planlagt en opptrapping på om lag 150 mill kr i 2012. Da er økte IKT kostnader som er bundet opp av tidligere vedtak, holdt utenfor. I år 2013 og 2014 er det planlagt en opptrapping på henholdsvis 100 mill kr og 60 mill kr. Fordi opprinnelige opptrappingsplaner ble forskjøvet i perioden 2011 til 2014, kommer det i 2015 en økning på om lag 380 mill kr slik at opptrapping når ønsket nivå i år 2016.

2.4 Forlenget avdragstid

Det alt vesentligste av lån i Helse Midt-Norge RHF er bundet frem til 2018-2020 på relativt gunstige rentevilkår. De eneste vesentlige unntak er kassakreditt og fremtidige lån knyttet til gjenstående byggeaktivitet ved nye St Olavs Hospital. Dette utgjør på om lag 650 mill kr som etter planen skal konverteres i 2012 og 2014. Styreleder i HMN har bedt administrasjonen vurdere konsekvensene dersom avdragstid endres. Det må understrekes at ikke er åpnet for reforhandling av avdragstid eller innløsning av fastrentelån i Norges Bank med kompensasjon for over/underkurs.

Dersom styret likevel skulle få aksept fra eier på utvidet nedbetalingstid, er det i samråd med vår bankforbindelse gjort overordnede beregninger av likviditetsmessig effekt knyttet til endring av vår fastrenteportefølge på 3, 47 mrd kr, fra 20 til 30 års avdragstid. Årlig likviditetseffekt som følge av lengre avdragsprofil vil årlig utgjøre om lag 80 mill kr. Betalbar rentekostnad vil første året bli om lag 10 mill kr lavere for deretter å bli gradvis lavere, men lengre avdragstid vil samlet gi økt rentekostnad.

Innløsning av dagens fastrenteportefølge vil ha en kostnad på om lag 33 mill kr som kan tillegges låneportefølgen eller eventuelt innbetales.

I beregningene er det forutsatt om lag samme prosentvise profil på etablering av ny fastrenteportefølge. Det er lagt til grunn siste satser fra HOD justert for ny avdragsprofil (ihht helning på dagens swapkurve).

Reduserte avdrag som beskrevet vil samlet sett gi en økt rentekostnad. Dessuten vil foretaksgruppens evne til nye investeringer hemmes over lengre tid dersom nedbetalingstiden forlenges. Det må også understrekes at en avdragstid på 30 år er lengre enn tillatt i henhold til instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale foretakene. Av låneinstruksen fremgår at lån til investeringer i de regionale foretakene bevilges av Stortinget, og at løpetiden beregnes som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de investeringene som det er tatt opp lån til. Maksimal løpetid kan dog ikke settes lengre enn 20 år.

2.5 Reduserte kostnadsanslag knyttet til Nytt Universitetssykehus

I baseline 22 fra Helsebygg fremgår nytt kostnadsestimat for Byggefase 2 del 1. Her reduseres styringsmålet med om lag 200 mill kr, men dette vil kunne påvirke både mellomregning til KD og lånerammen fra HOD. Den likviditetsmessige effekten av dette er tatt inn i vedtatt investeringsbudsjett for 2011.

Det er pr i dag så stor usikkerhet knyttet til ytterligere endringer i byggekostnaden i siste fase av nye St Olavs Hospital, og det er på nåværende tidspunkt ikke mulig å si om noe av besparelsen vil gjøre det mulig å overføre noe egenfinansiering til andre prosjekt.

3 Driftsutfordring som følge av investering

3.1 Økte driftskostnader når nytt sykehus står ferdig

I saksfremlegget om Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal i sak 91/10 fremgår at driftsutfordringene i helseregionen vil øke etter endt utbygging i Nordmøre og Romsdal (i 2018) på grunn av økt rentebærende gjeld og økte avskrivninger. Til fratrekk kommer noen driftseffektiviseringer som følge av utbyggingen. Samlet resultatforverring i forhold til i dag er beregnet til 106 mill kr/år ved byggestart i 2013 (tosykehusmodell – renter og avskrivninger øker med 150 mill kr, driftseffektivisering på 45 mill kr). For ensykehusmodell vil nettoeffekten bære tilnærmet den samme (netto resultatforverring på 105 mill kr/år - renter og avskrivninger øker med 185 mill kr, driftseffektivisering på 80 mill kr). Det er da forutsatt at funksjonsfordelingen innen føde og ortopedi/kirurgi gjennomføres som vedtatt; hvis denne funksjonsfordelingen ikke tillates gjennomført i en tosykehusmodellen innebærer dette at ensykehusmodellen fremstår som mest lønnsom (funksjonsfordeling innen føde og akutt ortopedi/kirurgi utgjør 19 mill kr/år).

Som det fremgår av sak 91/10 vil fortsatt drift i dagens lokaler også kreve betydelige investeringer for å møte forskriftskrav, samtidig som driftseffektivisering i liten grad kan gjennomføres. Dette alternativet gir dårligere økonomisk bæreevne enn alternativene med nybygg, og er derfor ikke gjennomgått nærmere i denne omgang.

En eventuell låneandel utover 50 % vil gi økt rentebelastning og dermed innebære en merkostnad. Det er pr i dag usikkert hvilken eventuell rentebelastning lånet som GassROR IKStilbyr vil medføre.

3.2 Kostnadsreduksjon i LTB sett i relasjon til reell kostnadsreduksjon de siste årene.

De kostnadsreduksjonene som er lagt inn i langtidsbudsjettet er ambisiøse. Investeringsvolumet bestemmes i stor grad av at disse nås. For å kunne vurdere om de planlagte kostnadsreduksjonen er oppnåelige, har en analysert den reelle kostnadsutviklingen ved St. Olavs Hospital i perioden 2007-2009, hvor en kompenserer for aktivitetsvekst, nye oppgaver, pensjonskostnader og andre tilsvarende forhold. Med den presisjon man kan oppnå viser analysen at kostnadene har vært konstante i perioden. Det betyr at de kostnadsreduserende tiltakene som er gjennomført, er spist opp av en underliggende kostnadsvekst. Resultatforbedringen har sin årsak i bedre rammebetingelser fra Helse Midt-Norge. Med dette som bakgrunn synes langtidsbudsjettets forutsetning om reell kostnadsreduksjon å være beheftet med betydelig risiko

3.3 Endring i rentekostnader ved endret avdragsprofil i Norges Bank.

Som beskrevet under pkt 2.4

4 Oppsummering

Molde kommune og GassROR IKS har på eget initiativ henvendt seg til Helse Midt-Norge RHF 12. januar 2011 med tilbud om kjøp av bygningsmasse ved Molde sykehus og et rentefritt lån. Motivet er å bidra til "å frigjøre likvid kapital i helseforetaket til å innfri egenfinansieringskravet på 1,3 mrd kr". Det legges til grunn at byggestart skal skje så snart som mulig, antydningssvis i 2013.

Vedtektene for Helse Midt-Norge (§ 12 Låneopptak) begrenser regionens låneramme oppad. Låneopptak til investeringsformål må foretas innenfor de prosedyrer og regler som er gitt av departementet i "Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene". Forslaget fra Molde kommune og GassROR IKS er ikke i tråd med Helse Midt-Norge RHF's gjeldende vedtekter og instruks for låneopptak.

Med dette forbehold, er det likevel gjort en vurdering av konsekvensene av det foreliggende tilbud sett i forhold til budsjettssituasjon og økonomisk bærekraft.

Helse Midt-Norge har et driftsnivå som ikke er i balanse ved inngangen til 2011. Kravet til faktisk kostnadsreduksjon for budsjettåret 2011 er derfor skjerpet tilsvarende i forhold til vedtatt LTB. Erfaring fra tidligere års omstilling er at helseforetakene ikke har oppnådd full realisering av planlagte tiltak. Omstillingsomfanget, som er lagt til grunn i LTB er uansett meget ambisiøst, og må gjennomgås på nytt i LTB 2012-2017. Dersom helseforetakene ikke er

i stand til å gjennomføre omstillingskravene i det tempoet vi nå har lagt til grunn i LTB, vil den beregnede likviditetsutfordringen skissert i tabell nr 3 øke ytterligere. Med bakgrunn i dette må også regionens evne til å betjene eventuell økt lånebelastning vurderes. Administrerende direktør anbefaler styret å komme tilbake til eventuelle omdisponeringer i forbindelse med langtidsbudsjett 2012-2017.

Administrasjonen har hatt kort tid til saksbehandling og drøfting av finansielle utfordringer. Det må derfor tas noe forbehold om detaljer, men gjennomgangen viser at det pr i dag ikke fremstår som åpenbart hvordan Helse Midt-Norge RHF kan gjennomføre vesentlige omdisponeringer slik at resterende krav til egenfinansiering av Nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal i størrelsesorden 440 mill kr finner sin plass, jf tabell 4.